

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

THÈSE **82**

pour le

Doctorat en Médecine

Roger COUSTENOBLE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} Octobre 1907 à Paris (Seine)

Diagnostic
des formes frustes
de la
Maladie de Basedow

Président de Thèse : M. le Professeur Marcel LABBÉ

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

1933

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

THÈSE
pour le
Doctorat en Médecine

Roger COUSTENOBLE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} Octobre 1907 à Paris (Seine)

Diagnostic
des formes frustes
de la
Maladie de Basedow

Président de Thèse : M. le Professeur Marcel LABBÉ

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

Clinique médicale	{	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. MARCEL LABBÉ. LEREBOULLET. NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		H. CLAUDE. GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMERRE.
Clinique chirurgicale	{	LENORMANT. CUNÉO. N... GOSSET.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Clinique de la Tuberculose		LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{	HOVELAQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâ- trie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI..	Neuro-psychiâtrie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
DOGNON	Physique.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
ECALLE	Obstétrique.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
FÉY	Urologie.	RICHET	Physiologie.
GASTINEL	Bactériologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphi- ligrâphie.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale.	TROISIÈRE	Pathologie expérimen- tale et comparée.
GIROUD	Histologie.	VALLERY-RADOT	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	(Pasteur) ...	Pathologie médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	VELTER	Ophthalmologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
HUTINEL	Pathologie médicale.		
JOANNON	Hygiène.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.		MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAZ		HEITZ-BOYER ...	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
		SCHWARTZ	
		LE LORIER	Clinique obstétricale
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	
		METZGER	
		GUÉNIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDoux-LEBART	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Qui m'entoura de son dévouement et de sa vigilante affection.

En témoignage de ma piété filiale.

A MA MÈRE

En remerciement de son affection et de son inépuisable tendresse.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amour.

A MON FILS
A MA SOEUR ET A MON FRÈRE
A TOUS LES MIENS

Bien affectueusement.

A MES AMIS

Mon cordial souvenir.

A MES CAMARADES

A mon Président de thèse :

LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital de la Pitié,

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*En témoignage de ma respec-
tueuse gratitude.*

A Mon Maître

LE DOCTEUR H. STÉVENIN,

Médecin de l'Hôpital Beaujon,

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et a dirigé mes re-
cherches avec bienveillance et
sollicitude, j'exprime ma très-
grande reconnaissance et mon
respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS,

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR DELBET.

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

M. LE DOCTEUR FEUILLIÉ (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

M. LE DOCTEUR R. TOUPET.

M. LE DOCTEUR H. STÉVENIN.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER.

LE DIAGNOSTIC DES FORMES FRUSTES DE LA MALADIE DE BASEDOW

INTRODUCTION

Dans sa forme complète classique, le tableau de la maladie de Basedow est assez net pour que le diagnostic puisse être posé immédiatement : le goître, l'exophtalmie, le tremblement, la tachycardie, l'amaigrissement, un état nerveux mal défini, tous ces signes réunis forment un ensemble caractéristique qui ne prête à aucun doute.

Mais fréquemment, le tableau clinique n'est pas aussi net ; l'un des éléments peut prédominer, alors que tous les autres signes s'estompent ou même manquent. Alors on se demande si la maladie de Basedow ne doit pas être invoquée en présence d'un goître, d'une exophtalmie, d'un état nerveux, d'un syndrome cardio-vasculaire avec palpitations et tachycardie, d'un certain amaigrissement. Le diagnostic est souvent délicat et les signes cliniques nous laissent bien souvent dans l'incertitude. C'est alors que l'étude du métabolisme basal rend de grands services, non seulement au point de vue diagnostique, mais encore au point de vue thérapeutique.

Avant d'étudier ces formes frustes et d'envisager les affections avec lesquelles on peut les confondre, il importe de préciser ce que nous entendons par maladie de Basedow.

Avec Marcel Labbé et H. Stévenin, nous considérons, comme maladie de Basedow, les affections dans lesquelles il existe une participation du corps thyroïde, se manifestant par une hyperthyroïdie. Nous considérons, au contraire, comme faux Basedow, ou comme les appelle Marcel Labbé, syndrome parabasedowien ou basedowiforme, les cas dans lesquels il n'y a pas de participation thyroïdienne. Ce sont des syndromes sympathiques simulant parfois une véritable maladie de Basedow, mais qui peuvent cependant en être distingués par un examen approfondi. Nous reviendrons plus tard sur les éléments du diagnostic.

La maladie de Basedow typique est formée d'un double syndrome caractérisé, d'une part par des troubles thyroïdiens, d'autre part par des troubles sympathiques.

Le syndrome thyroïdien, constitué en premier lieu par le goître, l'amaigrissement, en partie par des troubles cardiaques (tachycardie), s'accompagne toujours d'une augmentation du métabolisme basal. Il n'y a pas de maladie de Basedow sans hyperthyroïdie, ni d'hyperthyroïdie sans augmentation du métabolisme basal (Labbé).

Au syndrome sympathique s'attachent l'exophtalmie, la tachycardie, les troubles vaso-moteurs, l'émotivité, les crises de diarrhée. Il n'implique jamais une élévation du métabolisme basal.

Ces deux syndromes existent associés dans la maladie de Basedow ; mais ils peuvent se montrer isolément. En particulier, le syndrome sympathique peut en imposer, au premier abord, pour une maladie de Basedow. Dans ce cas, le métabolisme basal est normal, il n'y a pas d'hyperthyroïdie et par conséquent il ne peut s'agir de maladie de Basedow.

Que penser du syndrome thyroïdien, sans syndrome sympathique, appelé goître avec hyperthyroïdie, adénome toxique des Américains ? A la suite

de discussions anciennes sur les relations entre le goître exophtalmique typique considéré comme une dysthyroïdie et de l'adénome toxique que les uns considéraient comme une hyperthyroïdie et qui, pour d'autres, n'était qu'un stade du goître exophtalmique, on a été amené à conclure à l'unicité du goître exophtalmique. Nous avons l'impression qu'il n'y a aucun critère, aucun signe, aucune lésion qui puissent avoir une valeur décisive permettant de différencier maladie de Basedow et adénome toxique. aucune différenciation anatomo-pathologique, similitude fréquente des signes cliniques ; la différence de pronostic dépend de la gravité de la toxicité, qui ne semble en rien liée à l'hypertrophie ou l'hyperplasie diffuse ou localisée du goître.

Marcel Labbé, Azerad et Gilbert-Dreyfus dans leur rapport au Congrès de Liège (1930), après avoir réfuté les arguments invoqués par Plummer (en 1912), qui avait estimé devoir distinguer le goître Basedow vrai du goître adénomateux toxique, concluent à l'unicité de la maladie de Basedow. Ils distinguent les états basedowiformes ou para-basedowiens pour lesquels il s'agit d'un simple dérèglement du système neuro-végétatif, sans aucune participation thyroïdienne, et les états hyperthyroïdiens véritables.

Les formes frustes de la maladie de Basedow se présentant sous des aspects cliniques extrêmement variables, l'étude du métabolisme basal est nécessaire pour affirmer le diagnostic. Nous rappellerons que Marañon pensait, par le seul examen clinique, pouvoir affirmer le diagnostic de maladie de Basedow fruste chez les malades présentant trois au moins des signes réunis : tachycardie instable, tremblement, gonflement thyroïdien, rétraction de la paupière supérieure, amaigrissement, inquiétude motrice, instabilité affective, troubles vaso-moteurs à localisation cervicale élective. Aujourd'hui nous exigeons une élévation appréciable du métabolisme

basal supérieur à + 10 %. Cet examen est nécessaire, car actuellement on a trop tendance à porter le diagnostic de maladie de Basedow fruste, d'hyperthyroïdie, en présence de la plupart des états morbides et des troubles fonctionnels d'apparence idiopathique. — Ce diagnostic pourra, avant tout contrôle métabolique, être considéré comme douteux, lorsque l'amaigrissement, la tachycardie seront absents.

Nous examinerons, en prenant successivement chacun des symptômes qui font penser à la maladie de Basedow, les cas dans lesquels le diagnostic est justifié et ceux qui relèvent d'une autre affection. Nous commencerons, vu son importance actuelle, par l'étude du métabolisme basal.

I. — LE MÉTABOLISME BASAL

Nous aurions dû, pour suivre l'ordre de l'examen clinique, faire l'étude de la mesure du métabolisme basal à la fin de cet ouvrage. Mais nous préférons, vu son importance dans le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow, commencer par elle.

La valeur du métabolisme basal pour le diagnostic des syndromes thyroïdiens est admise actuellement par la majorité des endocrinologistes. Sa mesure qui, dans les traités classiques, entre dans le diagnostic, fait partie de la symptomatologie des affections thyroïdiennes : elle est un des éléments cardinaux. Son taux est en rapport avec l'activité du corps thyroïde : au-dessous de la normale dans l'insuffisance thyroïdienne et le myxœdème, il est au-dessus de la normale dans l'hyperthyroïdie et la maladie de Basedow. Nous considérons comme normale limite un taux de $+10\%$ à -10% .

La majorité des auteurs admettent la loi physiologique suivante : le métabolisme basal est augmenté dans l'hyperthyroïdie et dans la maladie de Basedow, même dans les formes légères.

C'est le signe le plus constant. Chacun des autres signes (goître, tremblement, tachycardie) peut être absent : l'élévation du métabolisme basal ne fait jamais défaut.

C'est également le signe le plus sensible et le plus précoce : la moindre modification de l'activité du corps thyroïde se traduit aussitôt par une modification du métabolisme basal. Parfois même, il peut dé-

celer l'hyperthyroïdie avant l'apparition de tout signe clinique (M. Labbé).

Comment expliquer cette élévation du métabolisme basal ? La plupart des auteurs, qui, dans ces dernières années, ont étudié la question, l'expliquent de la manière suivante : la maladie de Basedow s'accompagne d'une augmentation des combustions, d'où, comme on l'a constaté depuis longtemps, augmentation des produits de désassimilation, appréciable à l'examen des urines. On conçoit que l'examen des échanges respiratoires montre une augmentation constante de ceux-ci et que l'on puisse dans une certaine mesure apprécier l'intensité de l'hyperthyroïdie par la mesure du métabolisme basal. Comparés à la mesure du métabolisme basal, les autres tests biologiques — épreuve de l'hyperglycémie provoquée, épreuve de Gæstch à l'adrénaline, épreuve de la post-hypophyse (Claude et Baudouin), essais thérapeutiques avec l'extrait thyroïdien (Harrower), épreuve de la thyroïde (Parisot et Richard), épreuve de la quinine (Bram) — sont insuffisants et ne possèdent qu'une valeur relative. L'hyperglycémie provoquée donne cependant un renseignement utile dans les cas légers où, après le résultat du métabolisme basal, on reste dans l'expectative.

La mesure du métabolisme basal reste le meilleur test pour le diagnostic de la maladie de Basedow. Les Américains lui accordent une valeur spécifique et comparable à celle que l'on reconnaît à la réaction de Bordet-Wassermann pour le diagnostic de syphilis — nous pourrions ajouter, à l'examen radiologique en matière de tuberculose pulmonaire, au sérodiagnostic de Widal pour le diagnostic des affections thyphoïdiques et parathyphoïdes.

Cependant quelques auteurs ont signalé l'existence de maladies de Basedow avec métabolisme basal normal. Ce fait a été longtemps discuté. Pour certains auteurs, il y a quelques exceptions à la loi : qu'il n'y

a pas d'hyperthyroïdie sans élévation du métabolisme basal. Dubois admet que des cas légers de maladie de Basedow ont un métabolisme basal normal ; Means, Burgers et avec eux, Janney, Henderson, Crile, Eggert Moeller, Nordentoft pensent que l'augmentation du métabolisme basal est un fort argument en faveur de l'hyperthyroïdie.

Par contre la majorité des auteurs admettent que l'élévation du métabolisme basal est le signe capital de la maladie de Basedow et que son absence doit faire exclure le diagnostic d'hyperthyroïdie.

C'est à cette dernière opinion que nous nous rangerons, opinion basée sur l'observation clinique et l'évolution de l'affection, venant confirmer le résultat fourni par l'étude du métabolisme basal.

Inversement, l'élévation du métabolisme basal impose-t-elle le diagnostic de l'hyperthyroïdie ? Certaines circonstances physiologiques ou pathologiques peuvent amener une élévation du métabolisme basal ; tels sont la suralimentation, les maladies fébriles, la tuberculose pulmonaire (formes basedowiennes de la tuberculose). En général, dans ces cas, l'augmentation du métabolisme basal reste modérée et n'atteint pas le taux élevé que l'on trouve chez les basedowiens vrais. Mais la confusion est possible dans les hyperthyroïdies avec métabolisme modéré (+ 15 % à 20 %), qui souvent ont une symptomatologie moins nette : dans ces cas limites l'examen complet et approfondi du malade, l'évolution de la maladie permettent de trancher le diagnostic.

Il faut bien entendu qu'il y ait concordance entre l'examen clinique et le résultat du métabolisme basal. S'il y a discordance, il sera nécessaire d'examiner les faits de près. Dans ce cas, il faut être sûr du résultat du métabolisme basal. Même, dans les mains les plus habiles et les plus expérimentées, il peut y avoir une erreur de mesure. Il ne faut pas hésiter à répéter le métabolisme basal ; les causes d'erreur (fuites,

troubles de la respiration) sont nombreuses, particulièrement avec l'appareil de Benedict si simple à manier. Il faut considérer la mesure du métabolisme basal comme une opération délicate, ainsi d'ailleurs que la plupart des examens de laboratoire. Si, après vérification, le chiffre du métabolisme basal s'oppose au diagnostic établi par l'examen clinique, ce diagnostic sera rejeté et on recherchera la cause de cette contradiction. En définitive, le diagnostic ainsi que la thérapeutique penchera du côté indiqué par le résultat du métabolisme basal.

Si nous considérons l'élévation du métabolisme basal comme signe capital de la maladie de Basedow, nous ne pouvons admettre qu'elle permette à elle seule de faire le diagnostic. La maladie de Basedow n'est jamais mono-symptomatique ; il y a toujours un tableau clinique plus ou moins complet qui a éveillé l'idée de l'hyperthyroïdie : le métabolisme basal ne doit prétendre se substituer à l'examen clinique complet du malade. Il ne faut pas non plus accorder une trop grande valeur aux petits signes tirés de l'examen des basedowiens, comme ont tendance à le faire actuellement un certain nombre d'endocrinologistes. Léopold Lévi, à la suite d'observations minutieuses, est arrivé à établir un tableau, dans lequel il met en regard les petits signes d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie, qu'il considère caractéristiques : dans l'hyperthyroïdie la chaleur aux extrémités, les transpirations chaudes, dans l'hypothyroïdie la frilosité et la sécheresse de la peau ; dans l'hyperthyroïdisme l'hypertrichose surtout sourcilière, dans l'hypothyroïdie l'hypotrichose, la chute des cheveux, le signe du sourcil ; dans l'hyperthyroïdie l'exophtalmie et l'éclat du regard, dans l'hypothyroïdie l'atonie du regard, etc.. Pour poser le diagnostic d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie, surtout dans les formes frustes, Léopold Lévi recherche systématiquement chez son malade tous les petits signes

cliniques ; le diagnostic s'en déduit logiquement. En procédant ainsi, il arrive que l'on découvre chez le même malade des signes d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie. Léopold Lévi explique cette discordance en invoquant une instabilité thyroïdienne. Cette conception nous paraît difficile à accepter car, ainsi que l'explique Marcel Labbé, si, anatomiquement, il existe dans le même corps thyroïde des régions en hyperactivité et d'autres en hypoactivité, le résultat final qui traduit le fonctionnement global de la glande ne peut être que l'hyper ou l'hypoactivité et non les deux à la fois. Même au point de vue clinique, certains auteurs, et en particulier H. Stévenin, n'ont jamais remarqué l'alternative d'hyper et d'hypoactivité du corps thyroïde chez leurs malades. Nous concluerons donc que les petits signes sont très souvent entachés d'erreur et qu'ils ne possèdent qu'une valeur relative, insuffisante. L'élévation du métabolisme basal reste donc l'indice primordial de l'hyperthyroïdie. La règle principale dans le diagnostic des affections thyroïdiennes est de se laisser guider par le résultat sûr de la mesure du métabolisme basal, en insistant sur ce fait qu'en définitive il faut qu'il y ait accord entre le laboratoire et la clinique.

II. — LE GOÎTRE

Le goître est l'un des premiers signes qui par sa présence fait penser à une maladie de Basedow. Généralement, peu volumineux, parfois très discret, il déforme le cou de façon asymétrique, prédominant souvent sur le lobe droit. Il se présente plutôt comme hypertrophie de la glande thyroïde que comme une tumeur proprement dite. C'est un goître vasculaire, de consistance élastique, demi-molle, sans noyaux résistants, donnant parfois à la palpation la sensation d'un frémissement systolique avec thrill et expansion de la glande. L'auscultation révèle quelquefois un souffle continu à renforcement systolique. Tous ces signes relèvent de l'importante vascularisation de la glande. On a décrit des signes accessoires, auxquels, avant l'étude du métabolisme basal, on accordait une grande importance pour le diagnostic de maladie de Basedow : sensibilité à la pression, phénomènes vaso-moteurs et hyperesthésie (Lian) à son niveau.

Ce goître s'accompagne rarement de signes fonctionnels notables : gêne ou sensation de constriction à la base du cou, raucité de la voix. Son volume varie et augmente à l'occasion des émotions, de la fatigue, des règles, de la grossesse. En présence d'un goître présentant ces variations de volume, parfois même devant un gonflement transitoire du cou au moment des règles ou pendant une grossesse, le diagnostic de maladie de Basedow fruste peut être posé. Pour admettre ce diagnostic, il faut qu'il existe une augmentation du métabolisme basal.

Observation I. — Mme Bouv... Jeanne, 26 ans, 1 m. 63, 57 kgs, porteuse d'un léger goître, vient con-

sulter, parce que à la suite de son dernier accouchement qui remonte à 21 jours, elle a remarqué que son cou avait augmenté de volume. Il est, en outre, sensible au toucher.

Dans les antécédents, on note une broncho-pneumonie à l'âge de 14 ans, une rechute à 24 ans. A ce moment, elle a beaucoup maigri, elle présentait des sueurs nocturnes. Un examen radiologique ne présenta rien d'anormal. Depuis cette époque, elle n'a jamais repris son poids normal, présente des sueurs nocturnes, des palpitations.

Actuellement, la malade avoue qu'elle est irascible, qu'elle pleure facilement, qu'elle a mauvais caractère.

A l'examen, on note une tumeur à la face antérieure du cou, dure, régulière, nettement à prédominance droite, remontant avec les mouvements de déglutition. On remarque une hyperesthésie de la région.

La malade nous apprend que son goître grossissait au moment des règles.

Le pouls bat à 80. L'examen du cœur est normal. T.A. = 14-10 (au Vaquez).

L'examen pulmonaire ne montre rien d'anormal ; on ne note qu'une sclérose légère à l'examen radiologique.

Le *métabolisme basal* est normal = 34 au lieu de 37 (- 8 %). Devant ce résultat, le diagnostic de maladie de Basedow fut rejeté et un traitement avec les sédatifs du système nerveux fut institué. Amélioration.

Observation II. — Mme Nor..., 34 ans, 1 m. 61, 58 kgs 300, vient pour gonflement transitoire du cou. A la suite d'une fausse couche, qui remonte à l'année dernière, elle présenta un amaigrissement de 8 kgs. Ces derniers mois, elle perdit 12 kgs, qu'elle a aujourd'hui repris. Pas de toux, ni d'expectoration.

Depuis un an, elle est très nerveuse, transpire facilement, présente des troubles vaso-moteurs aux mains et aux pieds. Pas de dysménorrhée, mais troubles digestifs : crises de douleurs épigastriques, survenant parfois à l'effort, irradiant dans l'aisselle gauche ; parfois douleur sourde continue avec paroxysme de courte durée ; parfois sensation de gorge serrée. Elle présente des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle se plaint de cé-

phalée frontale, apparaissant dans la journée, de douleur aux mollets, d'insomnie.

A l'examen, on note : du tremblement ; une légère exophtalmie, que la malade dit avoir toujours présenté ; un goître de petit volume à droite.

L'examen du cœur ne présente rien d'anormal. T.A. = 14,5-9. Pouls = 84. Examen pulmonaire normal.

Les réflexes rotuliens sont vifs ; les pupilles réagissent à la lumière.

Le *métabolisme basal* normal : 37,4 au lieu de 36 (+ 4 %), fait rejeter le diagnostic d'hyperthyroïdie.

B.W. négatif. Examen des urines normal.

Souvent on voit un goître banal, longtemps bien toléré s'accompagner de tachycardie, de troubles nerveux, d'amaigrissement, parfois d'exophtalmie. On pense alors à la possibilité d'un goître basedowifié, adénome toxique des Américains. Là encore le *métabolisme basal* est utile pour affirmer le diagnostic. Si ce goître est récent, remarqué à l'occasion d'un chagrin, d'une émotion, d'une grossesse, d'une infection, ou si, depuis peu de temps, il a augmenté de volume, on peut se demander s'il ne s'accompagne pas d'hyperthyroïdie. Dans ce cas, on note d'une manière constante de l'amaigrissement et une accélération du pouls.

Observation III.—Mme Lev..., 37 ans, 1 m. 52, 57 kgs, porteuse d'un goître depuis deux ans, vient consulter parce que dernièrement, son goître semble avoir augmenté légèrement de volume. Depuis un an, modification du caractère, légère dyspnée, parfois crise d'étouffement, palpitations ; grande nervosité. Sudation abondante, pas de troubles génitaux, ni digestifs. On ne note aucun amaigrissement.

A l'examen, goître médian, diffus, léger tremblement des mains, léger éclat du regard avec signe de Mœbius positif.

Pouls à 86. Légère acrocyanose des mains. Réflexes normaux. Sourcils peu fournis.

Cœur : Premier bruit un peu claqué. T.A. = 10,5-6,5.

La malade, d'origine normande, nous apprend qu'une tante et un cousin présentent un goître. *Métabolisme basal* normal : + 2 % (37,4 au lieu de 36,5).

Le diagnostic de syndrome basedowiforme posé cliniquement sur l'absence d'amaigrissement se trouve confirmé et un traitement par les sédatifs nerveux est institué.

Observation IV. — Mme Rouill..., 53 ans, 1 m. 62, 53 kgs 300, nous est envoyée avec le diagnostic de maladie de Basedow.

Elle présente un goître depuis une dizaine d'années, qui aurait augmenté de volume à la suite de la mort de sa fille qui remonte à un mois. Elle accuse des palpitations, parfois très fortes, surtout marquées après les repas du soir, des bouffées de chaleur, du tremblement, datant de 5 à 6 ans à la suite d'une sinusite, dit-elle, une diminution de la vue, brouillard devant les yeux. Elle ne présente pas d'exophtalmie, cependant l'œil droit apparaît plus ouvert que l'œil gauche. L'amaigrissement est peu marqué : pas de troubles digestifs, ni de modification du caractère. En présence de ces signes, on pouvait se demander si on n'était pas en présence d'un goître basedowifié, d'autant plus que l'on notait une légère tachycardie (pouls à 90).

A l'examen, le goître forme une tumeur arrondie à contours réguliers, médiane, de la grosseur d'une orange, de consistance plus ou moins rénitente, mobile avec les mouvements de déglutition.

Vers l'âge de 7-8 ans, la malade aurait eu un petit goître qui aurait disparu par le traitement iodé.

T.A. = 12 1/2-7.

Le *métabolisme basal* = 36,3 au lieu de 35 (+ 3 %) fit rejeter le diagnostic de maladie de Basedow.

Observation V. — Mlle Beg... Georgette, 22 ans, 1 m. 55, 61 kgs, vient consulter parce qu'elle s'est aperçue d'une augmentation de volume de son cou ayant débuté il y a deux semaines. On note un léger amaigrissement, une légère tachycardie à 88. La malade se plaint d'avoir des fourmillements dans les mains et les pieds, les mains chaudes et humides, des sueurs fréquentes, un

appétit capricieux. Elle accuse un nervosisme allant en s'accroissant, des sautes d'humeur. La malade est réglée régulièrement, mais les règles sont douloureuses.

Examen : Légère hypertrophie diffuse du corps thyroïde. Pas de signes oculaires, ni de tremblement. T.A. = 13,5-8.

Le *métabolisme* montre une augmentation de + 18 % (43,5 au lieu de 37), permettant de poser le diagnostic de maladie de Basedow fruste.

Assez fréquemment, on trouve chez un même sujet, un goître associé à un certain état de nervosisme. On se demande alors s'il n'y a pas corrélation entre les deux affections, si cet état nerveux n'est pas dû à l'hyperthyroïdie. Nous accordons, dans le diagnostic de maladie de Basedow, une importance assez grande à l'amaigrissement et à la tachycardie associés au goître. Mais, chez les névropathes, l'amaigrissement en dehors de l'hyperthyroïdie, peut exister à l'anorexie, à des troubles digestifs, à un appétit capricieux ; de même, la tachycardie peut être élevée, imputable à l'émotivité du malade provoquée par l'examen clinique, de sorte que c'est en répétant celui-ci qu'on arrive à déterminer que la tachycardie est purement émotive. Dans ces cas, le diagnostic est délicat ; seul le métabolisme basal permettra d'affirmer l'hyperthyroïdie par son augmentation. — Il sera, par contre, normal dans le goître simple.

Observation VI. — Mlle Tall... Mauricette, 18 ans, 1 m. 61, 46 kgs, vient consulter pour une légère augmentation de volume du corps thyroïde, remarquée par son entourage et datant déjà de quelques mois. On note un amaigrissement peu important, avec fatigue générale. Il existe également des troubles du caractère : humeur très irritable, hyperémotivité. A l'examen, le corps thyroïde est légèrement augmenté de volume ; tremblement des mains, léger, menu, à petites oscillations. Pas de signes oculaires.

Pouls à 92. L'examen du cœur révèle un léger éréthisme cardiaque.

En somme, une légère augmentation du corps thyroïde, une tendance à l'amaigrissement, un pouls un peu accéléré font penser à une maladie de Basedow fruste probable. L'examen du *métabolisme basal* normal, augmenté de + 5 % (40 au lieu de 38), fait rejeter le diagnostic posé cliniquement.

Observation VII.— Mlle Ver... Clotilde, 27 ans, est envoyée par son médecin avec le diagnostic de maladie de Basedow fruste.

La malade a été opérée de l'appendicite, il y a 2 ans. Quatre à cinq jours après l'opération, elle a présenté une hémoptysie ; on porta le diagnostic d'embolie pulmonaire. Un mois après on l'examina aux rayons X. On ne trouva rien au point de vue pulmonaire, si ce n'est quelques séquelles d'une congestion pulmonaire qu'elle eut à l'âge de 6 ans.

La malade présente depuis 4 à 5 ans des règles moins abondantes. Elle est très nerveuse, très irascible et pleure facilement. Elle se plaint de palpitations, et de céphalée frontale et dit « avoir toujours le sang à la tête et les extrémités froides ».

À l'examen, la malade présente un faciès un peu myxoedémateux avec sourcils rares, cheveux rares, tombant facilement ; taches sur les yeux.

Le corps thyroïde légèrement augmenté de volume est dur.

L'examen du cœur montre un souffle présystolique avec dédoublement du deuxième bruit. T.A. = 13-8. Pouls à 84.

Le *métabolisme basal* se montre diminué : - 27 %.

Un traitement à la thyroïde est institué, qui améliore la malade.

Observation VIII.— Mlle Seif..., 19 ans, 1 m. 58, 51 kgs, consulte pour une augmentation de volume du cou remarquée par son oncle, médecin, et par la malade elle-même, dont les colliers deviennent trop courts.

En outre, elle présente du nervosisme avec tremblement et palpitations, surtout amaigrissement marqué et crises de sueurs.

Objectivement, on remarque une augmentation dif-

fuse du corps thyroïde, assez notable, un tremblement léger aux mains, un pouls instable battant aux alentours de 88. Pas de signes oculaires notables, sauf une diminution de la convergence, mais la malade est myope et astigmatique.

Métabolisme basal normal — 2 % : 37,1 (38), faisant rejeter le diagnostic de maladie de Basedow posé cliniquement.

Observation IX. — Mme Gil... Louise, 37 ans, 1 m. 57, 56 kgs 400, envoyée par son médecin pour goître datant de 6 mois, continuant à augmenter régulièrement. La malade très nerveuse présente un tremblement marqué aux mains. On note un amaigrissement de 3 kgs en 6 mois, de l'anorexie, de la céphalée. Aucune modification des règles.

T.A. = 13-8. Le pouls bat à 72. Rien à l'examen du cœur et des poumons. Réflexes normaux.

Le *métabolisme basal* fait le 5 juillet montre une augmentation de + 28 % (46,9 au lieu de 36,5). Étonnés par ce résultat, car un pouls normal avec un *métabolisme basal* augmenté se voit parfois au cours d'un traitement pour maladie de Basedow, mais exceptionnellement primitivement, nous refaisons le *métabolisme basal*. Cet examen, pratiqué le 9 juillet, montra une augmentation de + 28 % (46,5 au lieu de 36,5) avec un pouls à 68.

Un traitement iodé est alors institué.

La malade revue le 29 juillet, se trouvait améliorée et avait grossi.

En résumé, en présence d'un goître, deux diagnostics sont à discuter :

Goître simple ;

Goître avec hyperthyroïdie, maladie de Basedow. L'examen clinique, dans de nombreux cas, nous laisse dans l'incertitude. Seul le *métabolisme basal* tranche le diagnostic, en se montrant normal dans le goître simple, augmenté quand l'hyperthyroïdie est en cause.

III. — L'EXOPHTALMIE ; LES SIGNES OCULAIRES

L'exophtalmie est le signe le plus frappant de la maladie de Basedow et souvent fait faire d'emblée le diagnostic avant tout examen. Le malade a un regard d'une fixité étrange, brillant, tragique, les yeux sont grands ouverts, les globes oculaires saillants. L'exophtalmie est en général bilatérale, cependant il y a des cas où elle est plus accentuée d'un côté que de l'autre, il y en a même où elle demeure unilatérale pendant toute la durée de l'affection. Habituellement, elle ne provoque aucun trouble de la vision.

Son intensité est variable, nullement en rapport avec la gravité de l'affection. Elle traduit uniquement l'excitation du sympathique cervical. Elle va du simple regard tragique à la grosse exophtalmie qui peut mettre en évidence l'insertion des muscles moteurs de l'œil et s'accompagner de troubles mécaniques, d'ulcérations de la cornée constamment découverte et même de luxation du globe oculaire, nécessitant la tarsorrhaphie.

A côté de l'exophtalmie et sans rapport direct avec elle, puisqu'ils peuvent exister sans elle, on a décrit toute une série de signes traduisant l'insuffisance de la musculature intrinsèque de l'œil : signe de Mœbius, difficulté de convergence des deux yeux ; signe de Græfe, défaut de synergie entre les mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière supérieure et du globe oculaire ; signe de Stellwag, élargissement de la fente palpébrale quand l'œil est ouvert et occlusion incomplète des paupières quand le malade croit les avoir complètement fermées ; signe de Joffroy, le frontal ne se contracte plus dans le re-

gard en haut... Nous rappellerons encore : le tremblement des paupières fermées, la rareté du clignement, le nystagmus, la mydriase et la pigmentation péri-oculaire.

L'exophtalmie n'est pas constante dans la maladie de Basedow, en particulier elle s'observe rarement dans les goîtres toxiques.

Mais cette saillie oculaire peut se voir en dehors de toute hyperthyroïdie. Quand elle apparaît isolément, particulièrement quand elle est unilatérale, il faut penser à une origine orbitaire : tumeur de la choroïde, tumeur du nerf optique ou de sa gaine, cellulite intra-orbitaire, abcès de la cavité orbitaire. De même, une origine endocranienne ou endonasale peut être incriminée.

Chez certains sujets, surtout chez les myopes, les yeux sont souvent assez saillants pour simuler l'exophtalmie basedowienne. Si ces sujets sont, en outre, porteurs d'un goître simple ou simplement névropathes, le diagnostic de maladie de Basedow est porté par le médecin, qui néglige de s'informer de la date d'apparition de ce symptôme que le malade sait exister depuis longtemps. Une exophtalmie unilatérale peut être due à une forte myopie portant sur un seul œil.

Observation X. — Mlle Hen..., 32 ans, 1 m. 57, 60 kgs, présente, depuis 4 à 5 ans, des troubles moteurs : quand elle marche vite ou est énervée, elle traîne la jambe gauche. Il lui est impossible de rester debout sur un pied. La malade se plaint en outre de crampes douloureuses dans les mollets, particulièrement dans le mollet gauche. Elle est très nerveuse ; depuis quelque temps sa nervosité aurait augmenté. On note un léger amaigrissement, une légère tachycardie : le pouls bat à 88, mais surtout une exophtalmie bilatérale, particulièrement marquée à gauche datant de l'enfance, avec éclat du regard, pigmentation péri-oculaire. Réflexes vifs.

En présence de ces signes, et bien que le corps thyroï-

de fut normal, le diagnostic de maladie de Basedow avait été posé par son médecin et un traitement à l'hématoéthyröidine institué.

Le métabolisme basal est normal, augmenté de + 1,6 % (37,1 au lieu de 36,5).

Un examen oculaire montre :

OEil droit normal. OEil gauche : astigmatisme hypermétropique. Pas de lésion du fond de l'œil.

En résumé, on est en présence d'une malade ayant comme seul signe basedowien net une exophtalmie bilatérale datant de l'enfance et due à un astigmatisme hypermétropique. Le *métabolisme basal* est normal et fait rejeter le diagnostic de maladie de Basedow fruste. Un traitement par les sédatifs du système nerveux est institué.

Observation XI. — Mme Bouf..., 46 ans, 1 m. 61, 76 kgs. La malade est envoyée à notre consultation avec le diagnostic de maladie de Basedow. Elle se plaint de douleurs vagues, sans caractère précis, surtout dans le dos et la région précordiale. Céphalée frontale constante.

Ce qui frappe surtout chez cette malade, c'est la présence d'une exophtalmie bilatérale marquée, avec rareté du clignement. Pouls à 80. Pas de goître, ni de tremblement. Aucun amaigrissement notable. Toujours froid aux extrémités.

Métabolisme basal diminué de — 25 % (26,7 au lieu de 36).

B.W. négatif. Examen des urines normal. Dosage d'urée = 0,43.

Un examen oculaire montre que l'exophtalmie est due à une forte myopie bilatérale avec lésions de choréïdite.

Myopie de 18 dioptries à droite et de 12 dioptries à gauche.

Devant ce métabolisme basal diminué, on institue un traitement par la thyroïde. La malade surveillée s'améliore, quand en septembre à la suite d'un gros choc moral, les troubles douloureux réapparaissent associés à un amaigrissement de 4 kgs.

Pouls à 80. *Métabolisme basal* normal, augmenté de + 2 %.

Observation XII. — Mlle Bl..., 46 ans, 1 m. 63, 57 kgs, présente l'aspect d'une basedowienne, à cause de l'éclat et de la fixité du regard. Elle a toujours eu cet aspect particulier : son père lui disait qu' « elle avait l'œil méchant ».

Elle est très nerveuse, très émotive, avec, fréquemment, des palpitations. Pas de goître, pas d'amaigrissement, mais tremblement vibratoire, rapide, existant depuis l'enfance, plus accentué le matin à jeun.

Pouls à 120 ; cette tachycardie est due à l'émotion, car au repos le pouls tombe à 84.

On a considéré cette malade comme basedowienne, vu cet aspect particulier, cet nervosité et cette tachycardie instable.

L'amaigrissement faisant défaut, il paraît s'agir d'une névropathe. Ce diagnostic est confirmé par le résultat du *métabolisme basal*, qui est normal, diminué de — 3 % (33,9 au lieu de 35). Le pouls, au moment de l'examen, après une heure de repos, est à 80. Un traitement par les sédatifs nerveux est institué.

Malgré l'exophtalmie, l'éclat du regard, la nervosité, il nous paraît bien difficile de considérer les cas que nous venons de relater comme formes de maladie de Basedow. Nous allons rapporter deux cas de Basedow fruste.

Observation XIII. — Mme Sch..., 37 ans, 1 m. 56, 65 kgs, présente une exophtalmie existant depuis l'enfance, mais plus prononcée depuis quelques mois. Elle se plaint de céphalée, insomnie, d'un certain degré d'asthénie, avec amaigrissement.

A subi en 1924 un traitement thyroïdien, qui provoqua des crises de palpitations, des malaises. En 1918, tuberculose du sommet droit, traitée par pneumothorax.

Malade nerveuse, présentant à l'examen un petit goître médian diffus.

Pouls à 88. T.A. = 14 1/2-11.

Métabolisme basal augmenté de + 18 % (43 au lieu de 36,5), permettant de poser le diagnostic de maladie de Basedow fruste.

Observation XIV. — Mlle Bag... 22 ans, 1 m. 57, 44 kgs 500, originaire d'une région montagneuse de la Perse. Présente une exophtalmie bilatérale marquée avec fixité et éclat du regard, rareté du clignement. Se plaint de palpitations, de nervosité, d'un amaigrissement notable depuis un an, bien que l'appétit soit conservé.

La malade nous apprend qu'une sœur âgée de 17 ans présente une exophtalmie avec troubles cardiaques. A eu dans son enfance une fièvre typhoïde et une scarlatine ; fut opérée de l'appendicite à 19 ans.

Pouls à 84. T.A. = 13-8 1/2. Pas de tremblement, ni de goître. Réflexes rotuliens vifs.

Le *métabolisme basal* montre une augmentation de + 19 % (44,3 au lieu de 37).

Un traitement avec la solution de Lugol, associée avec *passiflora-crataegus*, est institué.

En résumé, en présence d'une exophtalmie bilatérale, le premier diagnostic, auquel on pense immédiatement, est celui de maladie de Basedow. Cependant il ne faut pas oublier que l'exophtalmie existe dans d'autres affections, surtout dans la myopie, l'hydrophtalmie, les malformations congénitales, qui provoquent une fausse exophtalmie facile à distinguer de l'exophtalmie véritable de la maladie de Basedow. Le *métabolisme basal* sera d'une grande utilité pour affirmer le diagnostic, en particulier en présence d'un syndrome neuro-végétatif d'allure basedowiforme.

L'exophtalmie peut être congénitale : Marcel Labbé, Azerad, Justin-Besançon ont récemment rapporté l'observation d'une malade de 24 ans présentant depuis sa naissance un goître et une exophtalmie sans aucun signe d'hyperthyroïdie, avec *métabolisme basal normal*.

IV. — TACHYCARDIE. TROUBLES CARDIAQUES.

La tachycardie est le signe le plus précoce, le plus constant, presque le signe fondamental, associé à l'amaigrissement, de la maladie de Basedow.

Elle existe dans les formes les plus frustes de l'hyperthyroïdie, où elle peut se montrer à un degré très marqué. Le pouls est régulier, battant entre 90 et 120 et parfois plus. Il est aussi instable, variable, s'exagérant sous forme de poussées de tachycardie à l'occasion d'une émotion, de la fatigue, de l'effort et surtout des poussées d'hyperthyroïdie.

L'absence de tachycardie ne doit pas cependant faire écarter d'emblée le diagnostic de maladie de Basedow. Dans les cas traités par la radiothérapie, il est assez fréquent de voir le pouls revenir à la normale entre 72 et 80, alors que les symptômes morbides persistent et que le métabolisme basal reste encore au-dessus de la normale : ceci montre l'erreur de ceux qui pensent juger du degré de l'hyperthyroïdie par celui de la tachycardie ; nous pouvons dire qu'il n'existe entre eux aucun parallélisme (voir Obs. 9, Mme Gil.).

Fréquemment, on se trouve en présence d'une tachycardie émotive, qui, survenant chez des névropathes, fait suspecter une maladie de Basedow. Dans ces cas, le plus souvent lorsqu'on pratique l'examen du métabolisme basal, le sujet étant au repos depuis une heure et à jeun, on ne trouve plus la tachycardie décelée au moment de l'examen clinique, mais un pouls sensiblement normal.

De même, on a tendance de rattacher à l'hyperthyroïdie les cas de tachycardie permanente d'étiolo-

gie inconnue, les tachycardies en rapport avec les cœurs irritables des soldats, les névroses tachycardiques de Gallavardin avec palpitations, dyspnée d'effort sans lésion cardiaque appréciable, avec tachycardie variant par période, suivant le moment, à prédominance matinale ; de même les tachycardies paroxystiques.

L'examen du métabolisme basal est indispensable. Il donne un résultat normal dans ces tachycardies d'allure purement névropathique, d'ailleurs nullement améliorées par le traitement iodé, qui par contre exerce une influence rapide sur les tachycardies dues à une hyperthyroïdie.

Observation XV.—Mlle Gen..., 30 ans, 1 m. 55, 63 kgs 700, vient consulter pour des crises de tachycardie paroxystique, survenant tous les 10-12 jours, sans cause apparente. Début il y a 5 à 6 ans. A cette époque, la malade présentait des syncopes, qui actuellement ont disparu. Les crises de tachycardie durent plusieurs heures ; elles sont calmées par la valériane et le bromure de potassium. On ne note pas d'amaigrissement.

Depuis un an et demi, la malade présente des modifications des règles : d'abondance normale, elles sont douloureuses, avancées de 4-5 jours. En outre, depuis un an, elle présente de l'hypertrichose marquée aux jambes, avant-bras, menton, seins, pubis.

A l'examen, pouls à 96. Pas d'exophtalmie, mais regard brillant ; pas de tremblement, pas d'augmentation de volume du cou. Sujet peu nerveux, peu émotif, sommeil normal. A été traitée en Roumanie comme une basedowienne, mais sans résultat.

Métabolisme basal normal, augmenté de + 6 % (38,9 au lieu de 36,5). Au moment de l'étude du métabolisme basal, le pouls bat à 82.

Électrocardiogramme normal.

Outre la tachycardie, la maladie de Basedow est susceptible de réaliser toutes les variétés d'arythmie par troubles de l'excitabilité cardiaque (Bickel et Frommel) : l'arythmie extrasystolique pure (3-4 %),

l'arythmie complète (22-25 %). Parmi cette dernière variété, certains malades peuvent se présenter soit comme des cardiaques, avec dyspnée, cyanose, œdème et, à l'examen du cœur, souffles valvulaires fonctionnels ; soit comme des nerveux, agités, inquiets, sans signes évidents de défaillance cardiaque.

Quelquefois, c'est, au cours d'une asystolie, que la maladie de Basedow est dévoilée, comme dans le cas suivant :

Observation XVI. — Mme Sud..., Amélie, 55 ans, 1 m. 63, 60 kgs, est hospitalisée pour asystolie. Début, il y a 2 mois. Aucun trouble auparavant. A cette époque, se sont installés progressivement un certain nombre de signes tels que dyspnée nocturne, dyspnée d'effort, œdème des jambes, qui, au bout d'une quinzaine de jours, ont obligé la malade à s'aliter.

Dyspnée d'effort et de décubitus, insomnie, palpitations, œdème des membres inférieurs, tels sont les signes qui ont conduit la malade à appeler un médecin. Celui-ci rattache ces troubles à un goître que présente la malade. Le traitement alors institué consiste en digitaline, théobromine, iode. Au bout de 3 semaines, malgré le traitement, aucune amélioration. Au contraire, les signes fonctionnels s'accroissent, l'œdème gagne le ventre. M. le Dr Stévenin appelé en consultation ordonne l'hospitalisation, en vue d'une préparation à l'opération.

La malade croit avoir toujours eu son goître : elle est certaine qu'à 21 ans, elle l'avait. Celui-ci n'aurait jamais subi aucune modification, que ce soit au moment des règles, de la grossesse, de la ménopause. Toujours caractère égal, normal, dit la malade. Pas de troubles digestifs. A toujours très chaud, sue facilement.

Examen : Malade asystolique, dyspnéique, assise sur son lit ; faciès amaigri, pâle, un peu bronzé. Yeux saillants et brillants. Battements très marqués des vaisseaux du cou.

Dans la région thyroïdienne, un goître développé au dépens du lobe droit du corps thyroïde, se dessine très nettement, franchement arrondi, de la grosseur d'une mandarine, de consistance dure.

Thorax très amaigri. Cœur rapide et irrégulier, difficile à ausculter en raison de la dyspnée. Pouls à 112, rapide, arythmique. T.A. = 20-10 (au Vaquez).

Poumons : matité de la base droite avec râles de bronchite disséminés dans les 2 champs pulmonaires.

Foie gros, non douloureux. Rate non perceptible. Abdomen augmenté de volume, météorisé, sans matité dans les flancs, même en décubitus latéral.

OEdème marqué des membres inférieurs.

Métabolisme basal (20 juin) augmenté de $- 56\%$ (54.8 au lieu de 35). En présence de ce métabolisme basal augmenté, le diagnostic d'asystolie d'origine thyroïdienne est confirmé. La malade, après préparation, est opérée de son goitre. Le lendemain de l'opération, la courbe des urines monte et les oedèmes commencent à disparaître.

Le 21 juillet, la malade revue ne présentait plus d'oedème, ni de dyspnée. Pouls à 94, encore arythmique. Cœur arythmique sans signes appréciables des lésions valvulaires. Le métabolisme basal est augmenté de $- 32\%$ (46.4 au lieu de 35). La malade, nettement améliorée, continue à prendre de la solution de Lugol.

L'asystolie, se présentant comme le premier signe clinique d'une maladie de Basedow, est relativement peu fréquente. Elle est cependant importante à connaître, car le traitement est nettement différent dans l'asystolie basedowienne et l'asystolie d'origine cardiaque : la digitaline a peu d'action sur la première, seul le traitement chirurgical se trouve indiqué.

En résumé, il est logique, en présence de troubles cardiaques, ne s'accompagnant d'aucune lésion appréciable des valvules du cœur, de penser à l'hyperthyroïdie. Rechercher les signes basedowiens classiques, suivre l'action du traitement et l'évolution de l'affection, pratiquer l'étude du métabolisme basal, sont les seuls moyens de reconnaître l'origine thyroïdienne d'une tachycardie, d'une arythmie et même d'une asystolie.

V. — L'AMAIGRISSEMENT

L'amaigrissement constitue le signe le plus important, le plus constant de la maladie de Basedow : il ne manque jamais ; il n'y a guère d'hyperthyroïdie vraie et durable sans amaigrissement marqué. Lui seul permet de mesurer cliniquement d'une façon approximative le degré de l'hyperthyroïdie, de suivre en dehors de l'étude du métabolisme basal l'évolution de l'affection : la reprise de poids forme le premier signe annonciateur de l'amélioration de la maladie. Vu cette importance, il serait légitime, comme le conseillent M. Labbé et G. Dreyfus, de joindre, à la tétrade classique de la maladie de Basedow (goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement) l'amaigrissement, cité, dans la plupart des traités classiques, parmi les nombreux signes accessoires.

Il est exceptionnel de voir une maladie de Basedow typique chez des obèses : par l'interrogatoire, on apprendra qu'au moment où l'affection s'est développée, ces obèses ont présenté un amaigrissement plus ou moins marqué.

Il est plus fréquent d'observer des cas dans lesquels tous les symptômes de la maladie de Basedow se montrent assez typiques : goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement sont nets, mais la perte de poids est très modérée. Dans ces cas, le métabolisme basal se montre peu élevé ; l'hyperthyroïdie semble être placée au second plan, alors que les symptômes purement sympathiques prédominent. Cette forme clinique est intéressante à connaître pour le traitement : en effet, la radiothérapie ne donne pas d'aussi bons résultats que dans la forme habituelle, par

contre le traitement iodé amène une notable amélioration (H. Stévenin). Un amaigrissement un peu insolite chez un sujet nerveux fait penser à une maladie de Basedow fruste.

M. Labbé et H. Stévenin ont insisté sur l'intérêt que présente à ce point de vue l'étude du métabolisme basal pour distinguer d'une maladie de Basedow fruste une anorexie mentale : celle-ci se présente généralement chez une jeune fille émotive, névropathe, ayant des palpitations, des bouffées de chaleur ; que le corps thyroïde soit un peu gros et rendu plus visible par l'amaigrissement, que les yeux soient brillants ou rendus saillants par une myopie, on obtient l'aspect d'une maladie de Basedow typique. C'est alors que le métabolisme basal rend un véritable service, en se montrant augmenté dans la maladie de Basedow, alors qu'il est diminué dans l'anorexie mentale, cette diminution étant due à une insuffisance alimentaire.

D'autres causes d'amaigrissement (cancer, tuberculose, diabète, affections du tube digestif, du pancréas, du foie) peuvent parfois être difficilement distinguées d'une hyperthyroïdie, le malade présentant l'aspect plus ou moins typique d'une maladie de Basedow. Seul le métabolisme basal tranche le diagnostic, en se montrant normal.

Observation XVII. — Mme Pru..., 29 ans, vient consulter pour gêne dans la région thyroïdienne, datant de 9 mois, avec sensation de constriction, de corps étranger dans le pharynx, dyspnée. Elle se plaint de nausées surtout le matin, haleine mauvaise au réveil, anorexie. Elle a maigri de 8 kgs en 5 mois. Présente des douleurs gastriques depuis un an : un examen radiologique du tube digestif dévoile une ptose gastrique assez marquée. Malade très nerveuse. Pas de modifications des règles.

A l'examen, on note une légère exophtalmie, légère acrocyanose des mains, avec refroidissement des extrémités assez marqué. Tremblement des mains.

Corps thyroïde semblant légèrement augmenté de volume.

Pouls à 92, au moment de l'examen. Après repos, pouls à 80.

Examen du cœur et des poumons normal. T.A. = 13-9.

En somme, à l'examen, en présence d'une légère exophtalmie, d'un tremblement, de l'instabilité du pouls, d'une légère augmentation du corps thyroïde, d'un amaigrissement marqué, on peut se demander s'il n'existe pas de l'hyperthyroïdie. Le métabolisme basal étant normal (36,4 au lieu de 37), ce diagnostic est repoussé et les troubles sont imputés à une ptose stomacale chez une malade névropathe.

Parfois, en présence d'un amaigrissement marqué, le diagnostic peut être hésitant entre maladie de Basedow et début de tuberculose pulmonaire. Dans la tuberculose pulmonaire, nombre de signes peuvent prêter à confusion : l'amaigrissement, l'éclat du regard, la tachycardie, un corps thyroïde rendu plus apparent en raison de l'amaigrissement évoque l'aspect basedowien. Evidemment, l'auscultation, la radiographie, l'examen des crachats tranchent le diagnostic, mais l'association des deux affections peut exister, soit que l'hyperthyroïdie soit survenue secondairement, soit qu'elle soit primitive à la tuberculose.

Depuis longtemps, on discute la valeur du métabolisme basal chez les tuberculeux : les résultats obtenus par les divers auteurs ne sont pas concordants. Nombre d'auteurs avaient trouvé un métabolisme basal normal : en 1919, Barbour a trouvé chez 3 tuberculeux un métabolisme basal normal, augmenté de + 3 à 4 % ; en 1920, Mac Kann et Bar chez 15 tuberculeux ont trouvé également un métabolisme basal normal ou légèrement accru. Des travaux récents (Grafe, Dautrebande) signalent un métabolisme basal assez notablement accru chez la plupart des tuberculeux. Pour Cordier, cette élévation des échan-

ges serait justement en rapport avec de l'hyperthyroïdie et il établit un rapport entre l'hyperthyroïdie et les poussées évolutives de la tuberculose.

Récemment H. Stévenin sur une cinquantaine de tuberculeux n'a pas trouvé d'augmentation du métabolisme basal.

Nous avons pratiqué la mesure du métabolisme basal sur quelques tuberculeux : sur 10 malades, nous avons obtenu 6 métabolismes normaux, oscillant de + 10 % à - 3 % ; les 4 autres étaient augmentés dans les proportions suivantes :

Observation A. — Tuberculeux de 49 ans, état général satisfaisant, poids 52 kgs, pas de température, poids stationnaire, pouls à 80. Métabolisme basal augmenté de + 16 %.

Observation B. — Tuberculeux de 42 ans, état général satisfaisant, poids 58 kgs, apyrexique, pouls à 80. Métabolisme augmenté de + 20 %.

Observation C. — Tuberculeux de 29 ans, état général médiocre, poids 68 kgs, perte de 3-4 kgs en 15 jours, température oscillant entre 37,7 et 39,3, pouls à 78. Métabolisme basal augmenté de + 23 % (T° à 37,8).

Observation D. — Tuberculeux de 49 ans, état général médiocre. Température oscillant entre 37,5 et 38,5. Perte de 4 kgs en 2 mois. Métabolisme basal augmenté de + 18 %.

Dans les cas où nous trouvons une augmentation du métabolisme basal, celle-ci oscille entre + 15 % et + 25 %, jamais nous n'avons trouvé les chiffres élevés signalés par certains auteurs. Nous croyons qu'il faut attribuer ces légères augmentations à la suralimentation (Observations A et B) ou à un état presque fébrile (Observations C et D).

Nous concluons donc que le métabolisme basal garde toute sa valeur pour la distinction entre la maladie de Basedow et tuberculose pulmonaire.

VI. — TREMBLEMENT ET TROUBLES NERVEUX.

Le tremblement, considéré comme un des signes cardinaux de la maladie de Basedow, possède des caractères bien particuliers le distinguant nettement du tremblement alcoolique, de la sclérose en plaque, de la maladie de Parkinson.

Presque constant, généralement précoce, il est souvent généralisé, imperceptible : pour le dépister, il suffit d'appuyer la main sur le malade pour percevoir l'état vibratoire du corps. Il prédomine toujours aux extrémités ; il se compose d'oscillations régulières, menues, rapides : on le met aisément en évidence aux membres supérieurs en ordonnant aux malades d'étendre la main, les doigts écartés : on voit alors que celle-ci s'agite tout entière, contrairement à ce qui se passe dans l'alcoolisme où les doigts tremblent isolément, indépendamment les uns des autres. Aux membres inférieurs, on constate le tremblement en faisant mettre le malade sur la pointe des pieds et en lui posant les mains sur les épaules. On sent alors que le corps est agité de mouvements vibratoires.

Ce tremblement existe aussi bien au repos que pendant les mouvements. Il n'augmente pas pendant les mouvements volontaires, contrairement au tremblement de la sclérose en plaque et de la maladie de Parkinson. Il s'exalte par la fatigue et surtout par l'émotion.

Si ce tremblement se distingue facilement du tremblement alcoolique, de la sclérose en plaque, de la maladie de Parkinson, par contre, il se rappro-

che beaucoup du tremblement des névropathes, des émotifs. Le diagnostic est souvent délicat, car fréquemment les névropathes présentent un aspect rappelant parfois les basedowiens. Dans ce cas, l'étude du métabolisme basal est nécessaire.

Dans la maladie de Basedow, outre le tremblement, on peut trouver d'autres troubles moteurs, qui parfois, surtout s'il existe un goître, font penser à une hyperthyroïdie : ce sont des crampes douloureuses surtout nocturnes, avec raideur des mains, flexion et adduction du pouce, en tout point semblables aux accès de tétanie ; des convulsions ; des crises épileptiformes. On peut voir des phénomènes paralytiques ordinairement transitoires : dérochement des jambes qui fléchissent brusquement pendant la station debout ; parésie des membres inférieurs ; exceptionnellement paraplégie basedowienne pouvant laisser le malade confiné au lit pendant des mois avec intégrité des sphincters et de la sensibilité.

Les troubles sensitifs seraient beaucoup plus fréquents que les troubles moteurs énumérés plus haut : céphalée, douleurs lombaires, surtout douleurs viscérales, arthralgie, névralgies diverses. Parfois, on note des troubles sensoriels plus ou moins intenses : bourdonnements d'oreille, éblouissements, mouches volantes devant les yeux, diplopie, strabisme.

Tous ces troubles moteurs, sensitifs, sensoriels sont très inconstants et ne présentent qu'une valeur toute relative. Seul le tremblement possède une certaine valeur, mais ne peut suffire, quand il existe isolément, à diagnostiquer une maladie de Basedow frustée.

Nous rapportons l'observation d'une malade dont le tremblement a amené la découverte d'un goître.

Observation XVIII. — Mme Ist... Françoise, 32 ans, 1 m. 51, 52 kgs, porteuse d'un goître apparu à la suite d'un accouchement remontant à 2 ans 1/2, découvert par

son médecin qu'elle avait été consulter pour un tremblement accentué. Cette malade a déjà été soignée pour son goître, mais irrégulièrement (V à XXX gouttes de teinture d'iode par jour).

A l'examen, on remarque un goître médian, de volume moyen, diffus ; une légère exophtalmie, qui serait plus marquée au moment des règles ; un tremblement accentué, rapide.

Pas d'amaigrissement actuellement, mais malade déjà traitée.

Queue des sourcils peu fournie. Pouls à 100.

Métabolisme basal augmenté de + 28 % (46,8 au lieu de 36,5). Au moment de l'étude du métabolisme basal, le pouls bat à 92.

Nous rappellerons également une observation intéressante présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (octobre 1932) par Alajouanine, Boudin et Maire : malade ayant eu, il y a cinq ans, une encéphalite léthargique qui a donné lieu à un syndrome parkinsonien avec torticolis, palilalie et troubles vaso-moteurs. Il existe un tremblement qui est du type basedowien ; le métabolisme basal est très augmenté. A propos de cette observation, Alajouanine, Boudin et Maire, discutèrent la pathogénie des troubles neuro-végétatifs consécutifs à l'encéphalite et la possibilité d'une hyperthyroïdie à la suite de ces perturbations fonctionnelles.

VII. — ETATS NÉVROPATHIQUES

Dans la maladie de Basedow, les troubles psychiques sont en général importants et presque constants. L'irritabilité, l'instabilité du caractère avec hyperémotivité, anxiété, constituent un état névropathique caractéristique, si bien qu'en présence d'un sujet très nerveux, anxieux, on se pose la question de savoir si cet état est dû à une hyperthyroïdie fruste. Dans ce cas, il est utile de rechercher l'existence d'autres signes de la série basedowienne.

Parfois, à l'examen clinique, on trouve la gamme entière des signes classiques de la maladie de Basedow combinés de la façon la plus variée. On a l'impression de se trouver en présence d'une hyperthyroïdie vraie, alors que l'on est en présence d'un syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien (M. Labbé).

Parfois, le malade vient consulter pour un déséquilibre neuro-végétatif, sans exophtalmie, ni goître. A l'examen, le malade hyperémotif présente des bouffées de chaleur, du tremblement, des palpitations, de l'éréthisme cardiaque avec tachycardie instable. On ne trouve pas d'amaigrissement vrai ; le métabolisme basal est normal. Il en était ainsi dans le cas suivant :

Observation XXIX. — Mme Vil..., 36 ans, 1 m. 57, 50 kgs 6. Vient consulter pour nervosité, caractère irritable, hyperémotivité, tremblement. Présente fréquemment des palpitations, de la céphalée. Pas d'amaigrissement. A de la fièvre à l'effort, disparaissant au repos. Traitée par son médecin par hémato-éthyroïdine, solution de Lugol, électrothérapie sur le corps thyroïde.

A l'examen, pas d'exophtalmie, mais regard brillant. Sourcils peu développés. Aucune modification du corps thyroïde, cependant hyperesthésie de la région.

Tremblement. Pas d'amaigrissement. Réflexes normaux. Examen du cœur et des poumons négatif. Pouls à 108. La malade serait plus nerveuse au moment des règles.

En présence de ces signes, on pose cliniquement le diagnostic de « névropathie », d'ailleurs confirmé par métabolisme basal.

Le *métabolisme basal* est normal, augmenté de + 6,8 % (39 au lieu de 36,5). Au moment de l'épreuve du M.B., le pouls bat à 72.

Le diagnostic de maladie Basedow fruste, posé par son médecin, est rejeté et un traitement par les sédatifs nerveux (gardénal) est institué. La malade actuellement est nettement améliorée.

Parfois, en plus de cet état nerveux, s'ajoute l'un des signes de la maladie de Basedow : goître, exophtalmie ; parfois on a un tableau complet de goître exophtalmique. Ces cas sont extrêmement fréquents : nous en avons rapporté un certain nombre dans les chapitres précédents. Seul, le métabolisme basal permet, dans bien des cas, de trancher le diagnostic ainsi que l'évolution de l'affection et l'influence du traitement.

En résumé, un seul diagnostic à discuter en présence d'un état névropathique :

- Syndrome sympathique basedowiforme,
- Hyperthyroïdie vraie.

Le syndrome basedowiforme se distinguera :
par un ensemble de manifestations purement sympathiques,
par une insensibilité complète vis-à-vis des médications antibasedowiennes et notamment de l'iodothérapie ;
par l'absence d'un amaigrissement vrai ;
par un métabolisme basal normal, examen indispensable pour le diagnostic.

VIII. — FORMES ASSOCIÉES

La pathogénie de la maladie de Basedow est actuellement encore imprécise. On a invoqué comme cause de cette affection non seulement un trouble thyroïdien, mais aussi des troubles des autres glandes endocrines : thymus, surrénales, ovaires, hypophyse. Au début de ce siècle, sous l'influence de l'école allemande, on tenta de localiser le centre de l'affection dans le thymus : ce fut l'époque des opérations thymiques, dont l'inefficacité amena vite l'abandon. Au Congrès de Varsovie (1929), Crile développa la théorie surrénale de l'hyperthyroïdie ; pour lui, il s'agit d'un complexe pluriglandulaire dont le trouble primordial serait l'hyperfonctionnement des surrénales, qui secondairement agirait sur le corps thyroïde, déclenchant l'hyperthyroïdie avec son cortège de troubles.

Il semble exister aussi une véritable corrélation entre l'appareil thyroïdien et l'appareil ovarien. Ils exercent l'un à l'égard de l'autre des actions frénatrices ou excitatrices, la thyroïde en effet s'hypertrophie au moment de la puberté, durant les périodes menstruelles, la grossesse. Parfois, la maladie de Basedow apparaît lors d'une intervention chirurgicale sur l'appareil génital (ligamentopexie, ovariectomie).

Nous ne nions pas que la cause qui déclenche l'hyperthyroïdie puisse se trouver en dehors de la glande : le rôle des affections à distance, des troubles pluriglandulaires, est certain. Mais le corps thyroïde reste le centre du processus et la source certaine des troubles, comme d'ailleurs le prouvent les

travaux expérimentaux, les données cliniques, les résultats opératoires.

Cliniquement, aux troubles thyroïdiens peuvent s'associer des signes d'affections d'autres glandes endocrines, constituant des syndromes polyglandulaires plus ou moins complexes, dans lesquels l'élément thyroïdien est plus ou moins apparent.

On a cité l'association à l'hyperthyroïdie des troubles hypophysaires (acromégalie, gigantisme), certaines formes d'adipose, des troubles parathyroïdiens (M. Labbé et H. Stévenin) ; thymiques, surtout ovariens, surrénaliens. L'association Basedow-Addison ne doit pas être diagnostiquée uniquement sur la présence de la pigmentation. La pigmentation des basedowiens (Signe de Jellinek) ne dépend pas de l'insuffisance surrénale ; elle paraît sous la dépendance d'un mécanisme plus complexe auquel, pour certains auteurs, préside le système sympathique, alors que pour d'autres (Sézary), elle serait l'aboutissant des dysfonctionnements glandulaires les plus disparates, ne nécessitant nullement la participation des surrénales. D'ailleurs la guérison de la maladie de Basedow entraîne la disparition de cette mélanodermie.

On a cité également des cas d'association de maladie de Basedow avec le myxoédème. Si on admet du moins que la maladie de Basedow est une hyperthyroïdie, on ne comprend pas qu'un même malade soit à la fois hyper et hypothyroïdien. De même, il nous paraît difficile d'admettre l'existence de l'« instabilité thyroïdienne » de Léopold Lévi, dans laquelle on verrait alterner l'hyper et l'hypothyroïdie. H. Stévenin ne l'a jamais remarqué chez ses malades. En fait, celle-ci ne repose que sur l'examen clinique du malade, sur l'existence chez lui, de petits signes dits caractéristiques de l'un ou l'autre syndrome : c'est ainsi que, bien que le développement du système pileux caractérise en général les hyperthyroïdiens,

on peut voir chez ceux-ci un faible développement pileux. Chez des basedowiennes typiques, nous avons constaté parfois l'existence de sourcils à peine existants, de même qu'un faible développement des poils des aisselles et du pubis.

Le diagnostic des formes polyglandulaires est difficile : l'examen approfondi et méthodique du malade, l'étude du métabolisme basal, l'évolution de l'affection, l'action d'un traitement opothérapique associé, seront les meilleurs moyens pour préciser le diagnostic.

A côté des associations glandulaires, nous citerons pour mémoire, les associations neuro-basedowiennes : épilepsie, chorée, tabès, paralysie générale, parkinson, polynévrites. Ce ne sont que de simples coïncidences, pouvant cependant être reliées entre elles par un seul lien indirect, la même origine.

De même, nous rappellerons les associations hémobasedowiennes : forme hémorragique et métrorragique de P.-E. Weill, forme hémophilique de Oddo, forme anémie pernicieuse de Meulengracht.

En résumé, les formes associées sont d'un diagnostic difficile : celui-ci repose avant tout sur l'examen clinique complet, sur l'étude du métabolisme basal, sur l'évolution de la maladie.

CONCLUSIONS

A la tétrade classique de la maladie de Basedow constituée par le goître, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, nous pensons avec M. Labbé et Gilbert Dreyfus, qu'il convient d'ajouter deux signes importants pour le diagnostic : l'amaigrissement, qui existe toujours à un degré plus ou moins accentué au cours de l'hyperthyroïdie ; l'augmentation du métabolisme basal. On n'est pas en droit actuellement de parler d'hyperthyroïdie, s'il n'y a pas d'augmentation du métabolisme basal.

Les maladies de Basedow frustes sont très fréquentes. Elles peuvent être confondues avec diverses affections. Ainsi en présence d'un goître, même si celui-ci est nettement localisé, adénomateux, on peut se demander s'il ne s'accompagne pas d'hyperthyroïdie. Ce diagnostic présente une valeur capitale, permettant d'appliquer le traitement approprié. Il repose en grande partie sur le métabolisme basal. Si celui-ci est normal, on posera le diagnostic de goître simple ; s'il est augmenté, on se trouve en présence d'une maladie de Basedow.

En présence d'une exophtalmie bilatérale, le premier diagnostic posé est celui de maladie de Basedow. Cependant il ne faut pas oublier que l'exophtalmie bilatérale existe dans d'autres affections : anévrysme de l'artère basilaire (affection très rare), mais surtout myopie, hydrophthalmie, malformations congénitales, qui provoquent des fausses exophtalmies ;

en particulier, syndrome basedowiforme (M. Labbé, Azerad et G. Dreyfus). L'exophtalmie peut être congénitale.

La recherche des signes basedowiens, l'examen oculaire, l'étude du métabolisme basal aideront puissamment au diagnostic.

Une tachycardie émotive, une tachycardie permanente, une tachycardie paroxystique, de même qu'une arythmie, une asystolie sans lésions valvulaires appréciables, peuvent faire penser à une hyperthyroïdie fruste. Seul le métabolisme basal permettra d'affirmer le diagnostic.

Le tremblement de la maladie de Basedow ne diffère pas énormément du tremblement des émotifs, des névropathes. S'il est absolument isolé, il ne peut suffire à faire diagnostiquer une maladie de Basedow fruste.

Parfois il est difficile, d'après l'examen clinique, de décider s'il s'agit d'un simple névropathe (syndrome basedowiforme) ou d'un basedowien. La présence d'un amaigrissement vrai marqué, associé à une tachycardie instable, plaide en faveur de l'hyperthyroïdie. Cependant l'amaigrissement marqué pose deux grands problèmes : l'anorexie mentale, facile à diagnostiquer par l'étude du métabolisme basal qui est diminué ; — la tuberculose pulmonaire.

Tels sont les principaux problèmes que posent les maladies de Basedow frustes. Souvent d'après l'examen clinique, il est impossible de savoir s'il existe ou non d'hyperthyroïdie. Dans la majorité des cas cependant, l'examen du sujet, l'analyse des divers symptômes qu'il présente, l'évolution de la maladie permettent une forte présomption. Seul l'examen

du métabolisme basal que l'on doit toujours pratiquer dans les cas typiques permet un diagnostic sûr. On peut ensuite appliquer, sans crainte d'erreur, le traitement approprié.

Vu : *Le Doyen*, Vu : *Le Président de thèse*,
BALTHAZARD. Marcel LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- LUCIEN (M.), PARISOT (J.), RICHARD (G.). — Traité d'endocrinologie. I. La Thyroïde.
- ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Traité de médecine (fascicule VIII, p. 191).
- SERGEANT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Paris, 1921, p. 62.
- ENRIQUEZ, LAFITTE, LAUBRY, VINCENT. — Nouveau traité de pathol. interne.
- LABBÉ (M.) et STÉVENIN (H.). — Métabolisme basal. Paris, 1929.
- GUILLAUME (H.). — Endocrinologie et états endocrino-sympathiques. Paris, 1929.
- PORAK. — Syndromes endocriniens. Paris, 1924.
- ALAJOUANINE, BOUDIN et MAIRE. — Association de maladie de Parkinson et de maladie de Basedow. *Société Méd. Hôp.* Paris, 28 octobre 1932.
- BERCOVICI. — *Thèse Paris*, 1931. Syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien.
- BICKEL et FROMMEL. — De la fréquence et des modalités des arythmies dans la maladie de Basedow et le goître exophtalmique. *Archives malad. cœur*, 1925, XVII, p. 378.
- BICKEL. — Le pseudo-rétrécissement mitral fonctionnel des basedowiens. *Presse médic.*, 1925, XXXIII, p. 1154.
- BOUSSAT. — *Thèse Bordeaux*, 1929. Le métabolisme basal dans la tuberculose évolutive.
- BRAM. — Différents types de la maladie de Basedow. *Endocrinology*, t. XIII, N° 2, avril 1929.
- CECCALDI. — *Thèse Lyon*, 1926. Métabolisme basal et épisodes d'hyperthyroïdie au cours de la tuberculose pulmonaire.
- CLERC. — Les arythmies en clinique. Paris, 1925.

- CORDIER. — Métabolisme basal des tuberculeux incipients. Sa valeur dans le pronostic des poussées évolutives et le dépistage des hyperthyroïdies frustes et aggravantes. *C. R. Société de biologie*, 19 mars 1923, Tome LXXXVIII, p. 782.
- CORDIER. — Le Métabolisme basal des tuberculeux. *Soc. méd. hôp. Lyon*, 8 juillet 1926.
- CORDIER. — Les cardio-névroses de guerre. *Lyon médical*, octobre 1918, p. 463.
- CORDIER. — Recherches personnelles sur le métab. basal dans quelques affections autres que le goître. *Journal de méd. de Lyon*, 5 mars 1929.
- CURSCHEMAN. — Troubles gastriques thyro-toxiques. Münch. Médiz. Wochenschrift, 9 mars 1928.
- DEMARGNE. — Thèse, Paris, 1905. T. A. dans maladie de Basedow.
- DONZELOT. — Les tachycardies paroxystiques. Etude pathogénique. *Annales de médecine*, 1914, II, p. 155.
- ESCALIER. — Les tests biologiques dans le diagnostic des états thyroïdiens. *Prat. méd. franç.*, 1927, VIII, p. 163.
- ÉTIENNE, WATRIN, RICHARD. — Maladie de Basedow hypersympathicotonique grave familiale. Traitement par extrait thyroïdien. *Revue méd. Est*, 15 mai 1922.
- FROYER. — Thèse Paris, 1928. Accidents cardiaques au cours de la maladie de Basedow et l'adénome toxique.
- GALLAVARDIN. — Quelques remarques sur les névroses tachycardiques et maladie de Basedow fruste. *Archives malad. cœur*, 1916, IX, p. 45.
- GILBERT DREYFUS. — Hyperthyroïdisme et son traitement. Thèse Paris, 1930.
- GRENET. — Tachycardie paroxystique et maladie de Basedow. *Presse médicale*, 1916, XXIV, p. 71.
- HAMILTON et LAHEY. — Diagnostic de l'hyperthyroïdie, des maladies de cœur et des états neurasthéniques. *The Journ. of the Amer. med. Association*, 1922, LXXVIII, p. 1793.
- JOHNSON (W.). — Symptômes d'hyperthyroïdie chez les soldats épuisés. *British med. Journ.*, 23 mars 1919, p. 335.
- LABBÉ (M.). — Diagnostic des syndromes thyroïdiens. *Presse médicale*, 14 août 1926, XXXIV, p. 1024.
- LABBÉ (M.). — Les formes diverses du goître. *Pratique méd. franç.*, 1927, VIII, p. 155.

- LABBÉ (M.). — La valeur diagnostique du métabolisme basal au cours des affections thyroïdiennes, *Presse médic.*, 27 février 1932, p. 313.
- LABBÉ (M.). — Traitements de la maladie de Basedow. *Monde médical*, 15 février 1932, p. 97.
- LABBÉ (M.), STÉVENIN (H.), NEPVEUX (Fl.). — Importance du métabolisme basal et de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée pour le diagnostic de la maladie de Basedow. *Bulletin et mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, Paris, 9 juin 1922, p. 902.
- LABBÉ (M.), AZERAD et GILBERT DREYFUS. — Les manifestations neuro-végétatives d'allure basedowiforme, le syndrome parabasedowien. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit.*, Paris, 14 mars 1930, p. 445.
- LABBÉ (M.), AZERAD et GILBERT DREYFUS. — Les manifestations françaises de médecine, Liège, XXI^e session, 1930. Rapport : Les hyperthyroïdies.
- LABBÉ (M.), VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON (L.), SOULIÉ (P.). — Etude sur la pathogénie des exophtalmies du type basedowien. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.* Paris, 11 décembre 1931, p. 1145.
- LABBÉ (M.), AZERAD et JUSTIN-BESANÇON. — Exophtalmie et goître congénitaux sans hyperthyroïdie. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 27 mai 1932.
- LACURTE. — *Thèse Paris*, 1929. Utilité du métabolisme basal dans le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.
- LÉOPOLD LÉVI. — Vue générale sur l'endocrinologie, d'après 25 ans de pratique. Paris, 1929.
- LÉOPOLD LÉVI. — Nervosisme et glandes endocrines. 1931, *Esprit médical*.
- LÉOPOLD LÉVI. — Syndrome pluri-glandulaire d'apparence de Basedow. *Bulletin de la Société de Médecine*, Paris, 1926.
- LEVÈNE et STURGIS. — Hyperthyroïdisme simulant une maladie de cœur. *Boston méd. et surgical Journal*, 1924, CXC, p. 233.
- LIAN. — Le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne et de basedowisme fruste dans les troubles cardiaques des soldats, *Bullet. et mém. de la Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1918, XLII, p. 1041.
- LIAN. — Les accidents cardiaques d'origine thyroïdienne. *Journal Médical franç.*, juillet 1920, IX, p. 284.

LIAN et LYON CAEN. — De la détermination du métabolisme basal dans le diagnostic et le traitement des syndromes basedowiens. *Journal de Physiol. et Pathol. Gén.*, 1924, N° 3, p. 644.

MARIE (P.). — *Thèse Paris*, 1883. Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

ODDO. — Cœur basedowien. *Revue franç. endocrin.*, 1923, I, p. 441 et XVII^e congrès franç. médic. Bordeaux, 27-29 sept. 1923.

PETTIT. — Difficultés de diagnostic entre tuberculose au début et goître exophtalmique incipients. *Endocrinology*, mai 1924.

PIÉCHAUD et BOUSSAT. — Recherches sur le M. B. dans la tuberculose pulmonaire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 mars 1930, p. 219.

RAMOND (L.). — Arythmie complète et maladie de Basedow. *Presse médicale*, 3 sept. 1932.

SAINTON. — Les formes cliniques du syndrome de Basedow. *Journal médical franç.*, 1913, VI, p. 102.

SIMICI POPESCO et SANDULESCO. — Recherches sur l'étiologie de l'instabilité cardiaque (tachycardie permanente) à l'aide du métabolisme basal associé à l'épreuve de MICO. *Archives du cœur*, sept. 1931, p. 539.

STÉVENIN (H.) et JANET. — Le métabolisme basal. *Annales de médecine*, 1923, t. XIII, p. 459.

STÉVENIN (H.). — Le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. *Paris médical*, 9 juillet 1932.

SUAU. — *Thèse Paris*, 1925. Variations du métabolisme basal au cours du pneumothorax thérapeutique.

WHITE et JOHNSON. — L'hyperthyroïdisme est la cause du cœur irritable du soldat. *The Lancet*, 8 janvier 1916, p. 78.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
I. — Le métabolisme basal	11
II. — Le goître	17
III. — L'exophtalmie ; les signes oculaires	25
IV. — Tachycardie. Troubles cardiaques	31
V. — L'amaigrissement	35
VI. — Tremblement et troubles nerveux	39
VII. — Etats névropathiques	43
VIII. — Formes associées	45
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	53

IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE DES EDITIONS VEGA, PARIS — 2-1933-

